

## PROPOSITION

# Couverture supplémentaire au titre de l'option Garantie d'assurance (GA)– Assurance vie de base, SolutionInvalidité<sup>MC</sup> ou frais généraux

Si vous avez besoin d'aide pour remplir la présente proposition, appelez : **CDSPI Services consultatifs Inc.**

Téléphone : 1 800 561-9401 ou 416 296-9401; courriel : conseils@cdspi.com

Veuillez répondre à toutes les questions pertinentes afin d'éviter tout retard de traitement, et envoyez la proposition à :

**CDSPI**, 2005 Sheppard Ave East, Suite 500, Toronto (ON) M2J 5B4. Téléc. : 1 866 337-3389 ou 416 296-8920

Des formats accessibles et des aides à la communication sont offerts sur demande. Rendez-vous à l'adresse [cdspi.com/fr/accessibilite](http://cdspi.com/fr/accessibilite) pour obtenir de plus amples renseignements.

**Important :** Lorsque vous demandez une augmentation de couverture au titre de l'option GA dans le cadre d'une **assurance vie de base ou frais généraux**, la proposition doit être signée et présentée dans les 60 jours suivant la date de votre 25<sup>e</sup>, 30<sup>e</sup>, 35<sup>e</sup>, 40<sup>e</sup>, 45<sup>e</sup> ou 50<sup>e</sup> anniversaire, la date de votre mariage, la date du 2<sup>e</sup> anniversaire de votre union de fait ou la date de naissance ou d'adoption d'un enfant.

**Remarque :** Si vous êtes en congé de maternité ou parental, vous pourriez disposer de plus de temps pour exercer l'option GA. Veuillez communiquer avec CDSPI Services consultatifs Inc. pour obtenir de plus amples renseignements. Lorsque vous exercez l'option GA au titre de l'**assurance SolutionInvalidité<sup>MC</sup>**, la proposition doit être signée et présentée dans les 60 jours suivant l'anniversaire de naissance de la personne à assurer. L'option GA de l'assurance SolutionInvalidité<sup>MC</sup> peut être exercée jusqu'au 60<sup>e</sup> jour (inclusivement) suivant le 55<sup>e</sup> anniversaire de naissance de la personne à assurer, sous réserve des maximums du régime et de l'option Garantie d'assurance.

Toute augmentation approuvée au titre de l'option Garantie d'assurance sera acceptée **selon les mêmes conditions** que celles du contrat auquel se rattache l'option Garantie d'assurance.

## Section 1 Renseignements sur le proposant

1. Nom (en caractères d'imprimerie) :

Cocher une seule case :  D/D<sup>e</sup>  Société†

Nom de famille

Prénom

Deuxième prénom ou initiale

(ou nom de la société)

2. Adresse postale : Cocher une seule case :  Domicile  Professionnelle

Numéro et rue

N<sup>o</sup> d'appartement

Ville

Province

Code postal

3.

Téléphone (travail)

Téléphone (domicile)

Cellulaire

Télécopieur

4.

Adresse de courriel (veuillez la fournir pour accélérer le processus de traitement de la demande)

5. Numéro de compte, s'il est connu :

**Remarque :** La périodicité de votre facturation sera identique à celle de votre couverture actuelle. Si vous souhaitez la modifier, communiquez avec CDSPI.

6. Langue de correspondance :  Français  Anglais

† **Remarque :** Pour des raisons fiscales, le proposant de l'assurance SolutionInvalidité<sup>MC</sup> n'est généralement pas une société. Veuillez communiquer avec CDSPI Services consultatifs Inc. pour obtenir de plus amples renseignements.

## Section 2 Personne à assurer

**Remarque :** Veuillez remplir cette section même si le proposant est la personne à assurer.

1. Nom (en caractères d'imprimerie) :

D/D<sup>e</sup>

Nom de famille

Prénom

Deuxième prénom ou initiale

2.  Homme  Femme

3. Date de naissance :

J J M M A A A A

Veillez nous retourner toutes les pages de la présente proposition.

## Section 3 Renseignements sur l'option Garantie d'assurance

### 1. Déclaration d'admissibilité : (cocher la case appropriée)

a) J'ai le droit d'exercer l'option GA au titre de l'assurance vie de base et/ou l'assurance frais généraux sans fournir de preuve médicale d'assurabilité pour la raison suivante (dans les 60 jours) :

Atteinte du 25<sup>e</sup>, 30<sup>e</sup>, 35<sup>e</sup>, 40<sup>e</sup>, 45<sup>e</sup> ou 50<sup>e</sup> anniversaire

Mariage

J	J	M	M	A	A	A	A

Union de fait

(indiquer la date du début)

J	J	M	M	A	A	A	A

Naissance ou adoption d'un enfant

J	J	M	M	A	A	A	A

b) J'ai le droit d'exercer l'option GA dans les 60 jours suivant mon anniversaire (jusqu'au 55<sup>e</sup> anniversaire, inclusivement) :

Au titre de l'assurance SolutionInvalidité<sup>MC</sup>

2. Êtes-vous invalide et recevez-vous des prestations actuellement, ou êtes-vous en train d'accomplir un délai de carence?  Oui  Non

Le cas échéant, veuillez préciser : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ne répondez aux questions 3 et 4 que si votre demande porte sur une assurance vie de base supplémentaire au titre de l'option Garantie d'assurance.

3. Montant de l'augmentation au titre de l'assurance vie de base : \_\_\_\_\_ \$

**Remarque :** Vous pouvez choisir le moindre des montants entre le montant d'assurance de votre couverture actuellement en vigueur ou 50 000 \$. Le montant total de couverture ne peut excéder le maximum au titre du régime actuel.

4. Option Exonération des primes au titre de l'assurance vie de base : (offerte si vous disposez actuellement de cette option)

Cette option sera annexée d'office à votre couverture supplémentaire. Si vous ne souhaitez pas qu'elle y soit annexée, cochez la case :

Ne répondez à la question 5 que si votre demande porte sur une couverture supplémentaire d'assurance SolutionInvalidité<sup>MC</sup> au titre de l'option Garantie d'assurance.

5. Détenez-vous actuellement ou avez-vous fait simultanément une demande d'assurance maladie ou accident (y compris une assurance invalidité par l'entremise de votre employeur) ou de Protection retraite, dans le cadre de contrats individuels ou collectifs, ou de contrats de travail ou de société, autrement que dans le cadre du CDSPI? L'établissement de cette couverture entraînera-t-il la cessation de l'une de ces assurances?

Oui  Non Le cas échéant, veuillez remplir le tableau ci-dessous.

Compagnie d'assurance ou régime	Montant de la prestation mensuelle (\$)	Type de couverture	Délai de carence	Période d'indemnisation (p. ex., 5 ans, jusqu'à 65 ans)	Avantage imposable
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**Remarque :** Si vous prévoyez remplacer votre couverture actuelle, ne la résiliez pas avant d'avoir reçu et examiné votre nouveau contrat d'assurance. Au Québec, une déclaration ou un formulaire de remplacement peut être exigé, et nous pourrions ne pas être en mesure d'établir un contrat d'assurance dans le cas d'un remplacement.

Veillez nous retourner toutes les pages de la présente proposition.

### Section 3 Renseignements sur l'option Garantie d'assurance (suite)

6. Montant d'assurance demandé\* au titre de l'option GA de l'assurance SolutionInvalidité<sup>MC</sup> (**exclusion faite des couvertures en vigueur**) par tranches de 100 \$ :

Délai de carence de 30 jours\*\* \_\_\_\_\_ \$  Prime à taux progressif  Prime à taux uniforme  
Délai de carence de 60 jours\*\* \_\_\_\_\_ \$  Prime à taux progressif  Prime à taux uniforme  
Délai de carence de 90 jours\*\* \_\_\_\_\_ \$  Prime à taux progressif  Prime à taux uniforme  
Délai de carence de 120 jours\*\* \_\_\_\_\_ \$  Prime à taux progressif  Prime à taux uniforme

**Remarque :** L'option de prime de votre couverture actuelle s'appliquera à votre nouvelle couverture.

\* Vous pouvez demander jusqu'à 25 % du montant de votre couverture (prime à taux progressif ou uniforme) (arrondi à la tranche supérieure de 100 \$). Le montant total de l'assurance SolutionInvalidité<sup>MC</sup> (couvertures en vigueur et demandées) ne doit pas excéder le maximum de l'option GA ou le maximum du régime actuel. Vous devez être financièrement admissible à une augmentation de couverture selon le tableau « Palier de revenu » au moment de votre demande. **Les options de votre couverture actuelle seront annexées à votre couverture supplémentaire (à l'exception de l'option GA).**

\*\* Le ou les délais de carence qui s'appliquent à votre couverture actuelle s'appliqueront dans les mêmes proportions à votre nouvelle couverture.

7. Montant d'assurance demandé au titre de l'option GA de l'assurance frais généraux (**exclusion faite des couvertures en vigueur**) par tranches de 100 \$ :

Délai de carence <sup>†</sup>	Option de paiement 1 (réduction)	Option de paiement 2 (fixe)	Période d'indemnisation
14 jours	\$ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> 12 mois <b>ou</b> <input type="checkbox"/> 24 mois
14 jours	\$ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> 12 mois <b>ou</b> <input type="checkbox"/> 24 mois
30 jours	\$ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> 12 mois <b>ou</b> <input type="checkbox"/> 24 mois
30 jours	\$ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> 12 mois <b>ou</b> <input type="checkbox"/> 24 mois

**Remarque :** Vous pouvez demander jusqu'à 25 % du montant de votre assurance frais généraux assortie de l'option GA (arrondi à la tranche supérieure de 100 \$). Le montant total de l'assurance frais généraux (couvertures en vigueur et demandées) ne doit pas excéder le maximum du régime actuel ou le total de vos frais généraux mensuels.

<sup>†</sup> Le ou les délais de carence qui s'appliquent à votre assurance frais généraux actuelle s'appliqueront dans les mêmes proportions à votre nouvelle couverture. L'option Propre profession sera incluse si vous disposez actuellement de cette option.

Veillez nous retourner toutes les pages de la présente proposition.

## Section 4 Renseignements financiers

Répondez aux questions suivantes seulement si vous exercez l'option GA au titre de l'assurance SolutionInvalidité<sup>MC</sup> ou frais généraux.

1. Revenu annuel gagné	Depuis le début de l'année en cours	Réel à la fin du dernier exercice	Fin de l'exercice – deux ans avant
A. Votre revenu gagné brut (toutes sources confondues) incluant le salaire, les honoraires, les commissions et les bonis :	\$	\$	\$
B. Moins le total annuel de tous vos frais professionnels :	\$	\$	\$
C. Revenu annuel gagné net, déduction faite des frais, mais avant impôts :	\$	\$	\$

D. Date de fin de l'exercice financier du cabinet : 

J	J	M	M	A	A	A	A

E. Votre revenu non gagné (placements, intérêts, rente, etc.) dépasse-t-il 15 % de votre revenu gagné total?  Oui  Non  
Le cas échéant, veuillez indiquer le montant de votre revenu non gagné :

Depuis le début de l'année en cours \_\_\_\_\_ L'année dernière \_\_\_\_\_

Source(s) \_\_\_\_\_

### PREUVE DE REVENU :

Si le **total\*** de votre couverture d'assurance invalidité ou frais généraux dépasse 4 000 \$ par mois, veuillez fournir une copie de votre dernière déclaration personnelle de revenus (les avis de cotisation ne sont pas acceptés). Si votre cabinet est constitué en société, veuillez fournir une copie de toutes les pages de son dernier état financier. Si vous achetez un cabinet existant, veuillez fournir également une copie de toutes les pages du dernier état financier de ce cabinet.

### REMARQUE :

- Si vous êtes un dentiste spécialiste et exercez depuis 2 ans ou moins après avoir obtenu votre diplôme d'un programme de spécialité dentaire, aucune preuve de revenu n'est exigée pour une assurance invalidité de 6 000 \$ par mois au total\*.
- Si vous demandez une couverture supplémentaire de 500 \$ par mois (ou moins) au titre de l'option Garantie d'assurance de l'assurance SolutionInvalidité<sup>MC</sup>, l'évaluation financière se basera sur le revenu annuel gagné déclaré dans la présente proposition. Toutefois, une preuve de revenu sera exigée toutes les trois augmentations au titre de l'option Garantie d'assurance.

\* TOTAL de toutes les sources = toutes les couvertures actuelles et demandées auprès de toutes les compagnies.

Répondez aux questions suivantes seulement si vous exercez l'option GA au titre de l'assurance frais généraux.

F. Nombre d'employés : Temps plein \_\_\_\_\_ Temps partiel \_\_\_\_\_

G.  Propriétaire unique  Société en nom collectif  Société par actions  Association

Si vous êtes actionnaire, employé d'une société professionnelle par actions ou un associé, indiquez le pourcentage de vos droits de propriété : \_\_\_\_\_%

H. Nombre total d'associés, d'actionnaires ou de partenaires dans votre cabinet : \_\_\_\_\_

I. Si les frais sont partagés, indiquez votre part : \_\_\_\_\_%

**Remarque :** Si les frais sont partagés, veuillez joindre à la présente proposition une copie de la convention de partage des frais.

Moyenne des frais mensuels d'ordre professionnel (votre part)

Services de comptabilité \_\_\_\_\_ \$

Intérêts payés sur un prêt, dépréciation/charges de location \_\_\_\_\_ \$

Primes d'assurances professionnelles \_\_\_\_\_ \$

Cotisations professionnelles \_\_\_\_\_ \$

Loyer/intérêts du prêt hypothécaire \_\_\_\_\_ \$

Salaires et avantages sociaux du personnel \_\_\_\_\_ \$

(Ne tenez pas compte de votre salaire ou de celui que vous versez à tout membre de votre profession, ou de tout partage du revenu avec un membre de la famille.)

Téléphone, Internet, service de réponse téléphonique \_\_\_\_\_ \$

Services publics (électricité, chauffage, blanchissage, entretien du bureau) \_\_\_\_\_ \$

Autres frais fixes raisonnables et habituels engagés \_\_\_\_\_ \$

Veillez préciser : \_\_\_\_\_

### Total des frais :

Votre part des frais généraux mensuels moyens totaux \_\_\_\_\_ \$

(La couverture totale en vigueur et demandée ne peut pas dépasser ce montant.)

**Remarque :** Les frais généraux admissibles sont ceux qui sont engagés par un cabinet de dentisterie seulement et par aucun autre type d'entreprise.

Assurance établie par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers.

Veillez nous retourner toutes les pages de la présente proposition.

## Section 5 Désignation de bénéficiaire

**Remarque :** Si vous manquez d'espace, utilisez une feuille distincte, signez et datez-la, puis joignez-la au présent formulaire.

**Remplissez cette section uniquement si vous exercez l'option GA au titre d'une assurance vie de base.**

1. Inscrivez ci-dessous le ou les premiers bénéficiaires et les bénéficiaires en sous-ordre (le cas échéant).

Si la désignation de bénéficiaire est révocable, vous pourrez la modifier et apporter d'autres changements à la couverture en tout temps, sans le consentement du bénéficiaire. Si la désignation de bénéficiaire est irrévocable, le consentement écrit du bénéficiaire sera exigé pour modifier la désignation de bénéficiaire, réduire la couverture, résilier le contrat ou apporter d'autres changements qui risquent d'influer sur la valeur ou la propriété du contrat.

À l'exception de la désignation du conjoint comme bénéficiaire au Québec, une désignation de bénéficiaire est révocable, à moins que vous n'indiquiez qu'elle est irrévocable dans la colonne y afférente ci-dessous. Au Québec, la désignation du conjoint comme bénéficiaire est a priori irrévocable, à moins que vous n'indiquiez qu'elle est révocable dans la colonne y afférente ci-dessous.

Si vous nommez plus d'un premier bénéficiaire, veuillez indiquer le pourcentage du capital-décès à verser à chacun. Autrement, nous le diviserons également entre les premiers bénéficiaires survivants admissibles. Vous pouvez aussi nommer un ou plusieurs bénéficiaires en sous-ordre qui recevront le capital-décès uniquement si :

- a) aucun premier bénéficiaire n'est vivant lorsque la prestation devient payable; ou
- b) un tribunal statue que les premiers bénéficiaires n'y sont pas admissibles.

**Remarque :** Si vous manquez d'espace, cochez cette case  et utilisez une feuille distincte, signez et datez-la, puis joignez-la au présent formulaire.

Veillez respecter le format du tableau ci-après et indiquez les différents pourcentages si vous nommez plusieurs bénéficiaires.

	Nom complet (nom de famille, prénom et initiale)	Lien avec la personne à assurer	Pourcentage	Cocher <u>uniquement</u> pour une désignation irrévocable (voir ci-dessus)	Au Québec, cocher pour une désignation révocable du conjoint comme bénéficiaire
<b>Vie de base</b>	Premier bénéficiaire			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Premier bénéficiaire			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<b>Total 100 %</b>		
	Bénéficiaire en sous-ordre			S. O.	<input type="checkbox"/>
	Bénéficiaire en sous-ordre			S. O.	<input type="checkbox"/>
			<b>Total 100 %</b>		

2. Si vous avez nommé un mineur comme bénéficiaire dans la section précédente, veuillez indiquer le nom du fiduciaire désigné qui recevra le paiement pour le compte du bénéficiaire mineur advenant le décès de la personne à assurer.

A. Nom du bénéficiaire mineur : \_\_\_\_\_

B. Nom du fiduciaire : \_\_\_\_\_

C. Lien avec le bénéficiaire : \_\_\_\_\_

D. **Résidents du Québec seulement :** Au Québec, si vous désignez un bénéficiaire qui a moins de 18 ans lorsque les prestations deviennent exigibles, celles-ci sont versées au tuteur ou à l'administrateur du bénéficiaire; aucun fiduciaire ne peut être nommé.

**Une copie, une télécopie, une copie numérisée ou une image de la désignation de bénéficiaires figurant dans la présente proposition est aussi valide que l'original.**

### AVIS SUR LA VIE PRIVÉE ET LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS – Cette partie doit être détachée, lue et conservée par la personne à assurer.

Les renseignements précis et détaillés demandés dans la proposition sont nécessaires à son traitement. Afin de préserver le caractère confidentiel de ces renseignements : Manuvie créera un dossier de services financiers contenant les renseignements qui seront utilisés pour traiter la proposition, offrir et administrer les services et traiter les demandes de règlement. L'accès à ce dossier est limité aux employés, mandataires, administrateurs et agents (y compris CDSPI et CDSPI Services consultatifs Inc.) responsables de l'évaluation des risques (tarification), du marketing, de l'administration des services et de l'évaluation des sinistres de Manuvie, ainsi qu'à toute autre personne ayant reçu votre autorisation ou ayant été autorisée en vertu de la loi. Ces personnes, organisations et fournisseurs de services peuvent se trouver dans des territoires de compétence situés à l'étranger et être soumis aux lois en vigueur dans ces territoires. Votre dossier est gardé en lieu sûr dans nos bureaux ou ceux de notre administrateur ou agent. Vous pouvez demander à examiner les renseignements personnels qu'il contient et y faire apporter des corrections en écrivant à l'adresse suivante : Responsable de la protection des renseignements personnels, Manuvie, P.O. Box 1602, Del. Stn 500-4-A, Waterloo (Ontario) N2J 4C6.

Le CDSPI et le CDSPI Services consultatifs Inc. recueillent, utilisent et divulguent vos renseignements personnels fournis dans la présente proposition aux fins suivantes : déterminer votre admissibilité à nos régimes d'assurance; administrer et vous fournir des services d'assurance et financiers; évaluer les risques; évaluer les demandes de règlement; assurer une protection contre la fraude, les erreurs ou toute fausse déclaration; satisfaire à des exigences légales, réglementaires ou contractuelles; promouvoir et vous informer d'autres produits et services connexes. Nous limitons l'accès à vos renseignements personnels figurant dans nos dossiers à nos employés, nos agents autorisés, de tiers fournisseurs de services et toute autre personne ayant reçu votre autorisation ou autorisée en vertu de la loi. Ces personnes, organismes et fournisseurs de services peuvent se trouver à l'extérieur du Canada, alors vos renseignements personnels pourraient être assujettis aux lois de ces juridictions étrangères. Vous pouvez demander à vérifier les renseignements personnels contenus dans votre dossier et y apporter des corrections en écrivant au : CDSPI, à l'attention du Responsable de la protection des renseignements personnels, 2005 Sheppard Ave East, Suite 500, Toronto (ON) M2J 5B4. Pour de plus amples renseignements sur nos pratiques relatives à la protection de la vie privée, allez sur notre page Web [www.cdspl.com/fr/vos-droits-de-la-protection-des-renseignements-personnels](http://www.cdspl.com/fr/vos-droits-de-la-protection-des-renseignements-personnels).

**Assurance établie par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers.**

Veillez nous retourner toutes les pages de la présente proposition.

# DÉCLARATION ET AUTORISATION

## Section 6

### Cette section doit être lue, signée et datée par le proposant (et la personne à assurer s'il ne s'agit pas du proposant)

Je demande/Nous demandons par la présente à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie) l'assurance indiquée ci-dessus en vertu des contrats collectifs établis dans le cadre du CDSPI.

En tant que signataire(s), j'atteste/nous attestons que les déclarations contenues dans la présente proposition sont véridiques et complètes et constituent, avec tout autre formulaire ou document signé ou fourni par moi/nous relativement à la présente proposition, la base de tout contrat ou certificat d'assurance établis ou de toute couverture établie. Il est entendu que toute déclaration mensongère sur des faits importants rendra l'assurance annulable à la demande de l'assureur. Le contrat ne couvre pas le suicide au cours des deux années qui suivent la date d'effet ou de remise en vigueur. Il est entendu que toute assurance établie prendra effet à la date à laquelle Manuvie approuvera la proposition dûment remplie, à condition que la personne à assurer soit effectivement au travail à cette date et que la première prime soit acquittée dans les 30 jours suivant l'établissement du relevé de primes.

Si je ne suis pas le proposant, je (la personne à assurer) consens à l'établissement de l'assurance sur ma vie et mon mieux-être.

Je déclare/Nous déclarons avoir reçu l'Avis sur la vie privée et la confidentialité, et je confirme/nous confirmons que j'en accepte/nous en acceptons les conditions. Une photocopie ou une télécopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne à assurer  
(si différente du proposant)

Date :          
J J M M A A A A

Fait à : \_\_\_\_\_  
Ville Province/Territoire

\_\_\_\_\_  
Signature du proposant

Date :          
J J M M A A A A

Fait à : \_\_\_\_\_  
Ville Province/Territoire



SolutionInvalidité<sup>MC</sup> est une marque de commerce de CDSPI.

Le nom Manuvie et le logo qui l'accompagne sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers qu'elle et ses sociétés affiliées utilisent sous licence.  
© La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers, 2020. Tous droits réservés. Manuvie, P.O. Box 670, Stn Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4B8.

CDSPI.FIG.DG.FRE.170427

20-44 03/20